様式第１号（第５条関係）

豊川市難聴高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

豊川市長　様

申請者（対象者）

　　 　　　住　　所

　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　（　　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　下記のとおり、豊川市難聴高齢者補聴器購入費助成金の交付申請をします。

　　なお、交付申請に係る審査のため、申請者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 購入予定の補聴器の名称または型番及び医療機器認証番号 |  |
| 補 聴 器 の販売業者名 |  |
| 身体障害者手帳の有無 | □有　　　　　□無 |
| 市民税の課税状況 | □非課税世帯　□課税世帯 |
| 添付書類 | □意見書　　　□見積書　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先（窓口に来られた方）　 | 住　所 | □申請者と同じ〒電話（　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  |